

Seção 4

“Já vem Dona Edilene de novo”

Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória. Mas acho que ninguém vai se matricular (ALVES, 2013).

Nesta seção vamos tomar como referência uma condição clínica comum - uma síndrome respiratória viral aguda -, a partir da qual se identifica que a usuária comparece excessivamente à unidade de saúde. É enfatizada a “hiperutilização” do serviço de saúde por alguns usuários, chamados “hiperutilizadores” ou “hiperfrequentadores”, e são abordadas as estratégias pelas quais a equipe de saúde pode organizar a atenção a essa demanda.

Ainda nesse caso, faz-se a abordagem de uma das condições crônicas mais prevalentes na Atenção Primária, a hipertensão arterial. Seu manejo é discutido como paradigma de abordagem das doenças crônicas.

Outros assuntos mencionados no caso a seguir dizem respeito à avaliação pré-operatória no âmbito da Atenção Primária e ao manuseio de uma ferramenta para estratificação do risco cardiovascular.

Espera-se que ao final desta seção você seja capaz de:

- Identificar sinais de alarme em pessoas com condições respiratórias agudas.
- Compreender a “hiperutilização” dos serviços de saúde por alguns usuários.
- Discutir o manejo de uma condição crônica como a hipertensão.
- Compreender os princípios que regem a avaliação pré-operatória no âmbito da Atenção Primária.
- Conhecer o processo de estratificação de risco cardiovascular e seu manuseio.

O caso

Edilene, 42 anos, moradora da cidade de Curupira há dois anos, comparece à Unidade de Saúde da Família de Vila Formosa I e, após relatar suas queixas no acolhimento, é encaminhada para consulta de enfermagem.

Durante consulta com o enfermeiro Pedro Henrique, relata que está com coriza nasal hialina há quatro dias, tosse leve, oligoprodutiva e rouquidão. Nega dispneia, febre ou outros sintomas. Está com medo da gripe suína, pois, como ela diz, “a situação está muito grave no Brasil e no noticiário da TV disseram que em caso de qualquer sintoma de gripe o paciente deveria procurar a unidade de saúde”.

Edilene, que está em controle ginecológico devido à miomatose uterina, mostra referenciamento da ginecologista do Centro de Referência em Saúde da Mulher de Curupira para a Unidade de Saúde, solicitando risco cirúrgico para histerectomia e correção de hérnia incisional. É hipertensa e está fazendo uso correto da medicação.

Exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, afebril (Tax: 36.5°C). Ativa, comunicativa. Peso: 60 kg, altura: 1,55 m, IMC: 24,9 kg/m². Oroscopia: hiperemia de orofaringe. ACV: bulhas normorrítmicas, em dois tempos. Pulsos rítmicos, simétricos, cheios. PA: 130x80 mmHg, FC: 70 bpm. AR: eupneica, sons respiratórios normais. FR: 12 irpm. Abdome livre.

Infecções agudas do trato respiratório

Grande parte dos atendimentos a casos agudos em UBS é atribuída às infecções respiratórias agudas (IRA). De origem preponderantemente viral, correspondem a uma das principais causas de prescrição abusiva e errônea de antibióticos na prática médica ambulatorial, com deletérias consequências individuais (riscos, custo) e coletivas (desenvolvimento de resistência microbiana). Tosse é o sintoma mais frequente nesses pacientes, frequentemente acompanhada de outras manifestações respiratórias e sistêmicas. A maioria dos pacientes atendidos manifesta resfriado comum, exacerbação de bronquite crônica, gripe, rinosinusite, amigdalite ou pneumonia, sendo que a maioria dos casos atendidos apresenta infecção respiratória alta.

Fique atento...

Embora as infecções respiratórias altas sejam comuns e usualmente autolimitadas, é exagerado o uso de antibacterianos nessas condições, acompanhando a alta frequência com que essas doenças ocorrem. Geralmente as prescrições se justificam quando, após os sintomas iniciais, há mudança de aspecto de secreções, que se tornam mais espessas e assumem aspecto similar ao das infecções bacterianas, com aumento da colonização da população bacteriana residente na árvore respiratória.

Para detalhes sobre tratamento das infecções respiratórias agudas, veja:

“Evidências sobre uso de antibacterianos nas infecções respiratórias altas” (WANNMACHER, 2006, disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n1_antibacterianos.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

Na maioria das vezes, as IRAs são afecções autolimitadas, com evolução satisfatória e que podem ser tratadas apenas com medicação sintomática. Entretanto, é necessário que os profissionais de saúde de Atenção Primária conheçam e reconheçam os sinais de gravidade de uma infecção respiratória aguda.

Dois aspectos principais devem ser avaliados no atendimento a um paciente com IRA:

1. Fatores de risco

Idade acima de 60 anos; imunossupressão; doenças crônicas: hemoglobinopatias, *diabetes mellitus*, cardiopatias, pneumopatias, doenças renais e hepáticas crônicas, neoplasias; gestação; paciente institucionalizado.

2. Sinais de gravidade

Confusão mental; frequência respiratória igual ou superior a 30 irpm; frequência cardíaca igual ou acima de 125 bpm; PA diastólica inferior a 60 mmHg e/ou PA sistólica inferior a 90 mmHg; temperatura abaixo de 35°C ou acima de 40°C.

Decisão do enfermeiro...

O enfermeiro Pedro Henrique faz avaliação de Edilene, identificando doença respiratória aguda, de etiologia provavelmente viral, que não apresenta fatores de risco, nem quadro clínico com sinais de alerta para doença respiratória grave.

Pedro Henrique prescreve soro fisiológico nasal e paracetamol, em caso de dor ou febre; orienta por escrito sobre sinais de alerta a serem observados na evolução da doença e sobre ingestão de líquidos, alimentação e ventilação do ambiente domiciliar. Indica retorno à unidade, caso necessário, e agenda consulta para Edilene com a Dra. Renata em uma semana, para pesquisa de risco cirúrgico.

Uma avaliação objetiva...

Observe como a avaliação do enfermeiro Pedro Henrique busca contemplar, além da anamnese dirigida para o problema da paciente, um

exame físico sistematizado, com parâmetros objetivos, o que permite que obtenha dados que, uma vez interpretados, sirvam de base para a escolha das intervenções de enfermagem, identificando fatores de risco e sinais de alerta.

Explorando o prontuário de Edilene...

Revisando o histórico de Edilene no prontuário da família, Pedro Henrique verifica que ela sempre manifesta queixas e preocupações variadas e de aparecimento recente. Na quase totalidade dessas situações, não há correlação com qualquer quadro clínico e Edilene fica tranquilizada após receber orientações e ter suas dúvidas esclarecidas.

Não há evidências de que Edilene apresente sinais ou sintomas depressivos. Ela divide seu tempo entre os afazeres domésticos, tais como assistir à televisão e ficar assentada no passeio conversando com as vizinhas. Já trabalhou como doméstica por oito meses, mas estava ficando muito cansada, ganhava pouco e o serviço era longe de sua residência. Casada há 22 anos, diz que vive bem com o marido e três filhos solteiros de 18, 20 e 22 anos; concluiu o ensino fundamental. Edilene se mostra preocupada com os filhos, pois o lugar onde mora é muito perigoso e tem medo de que eles se envolvam com drogas. Por isso, sempre os traz à unidade, solicitando avaliações da equipe, pois sempre acha que não estão com boa saúde. Nos últimos 12 meses, esteve na unidade 15 vezes.

Como pode ser verificado, Edilene, por diversas razões, além de queixas físicas, tem grande necessidade de comparecer à UBS. O motivo pelo qual uma pessoa procura por atendimento de saúde resulta da interação de fatores sociais, físicos e psicológicos.

Saiba que...

Em sua unidade de saúde você deve atender com certa frequência pacientes que apresentam repetidas e múltiplas queixas de caráter aparentemente somático, sem que se consiga correlacioná-las clinicamente a um problema orgânico. Essas situações constituem um desafio para a prática clínica. São motivos de comentários sarcásticos e apelidos nas unidades de saúde, como “poliqueixosos”, “pitiáticos”, etc., além de frequentemente serem vistos como simuladores. Esse grupo representa significativa parcela dos pacientes atendidos em Unidades de Atenção Primária e em alguns serviços secundários e terciários.

Os “hiperutilizadores”

De todas as consultas médicas disponíveis, 40 a 50% são ocupadas por 10 a 15% da população. Nesse percentual encontram-se os pacientes chamados “hiperutilizadores” ou “hiperfrequentadores”. O “hiperutilizador” é um paciente com uma série de sintomas físicos ou psicológicos recorrentes ou intermitentes, sem correlação clínica. Como grandes utilizadores do sistema de saúde, os “hiperutilizadores” fazem por volta de uma consulta ou mais por mês, totalizando 12 ou mais consultas por ano.

O “problema” da “hiperutilização” é complexo e se deve, pelo menos em parte, a manifestações de grandes problemas sociais. Esse fato pode explicar o sentimento de frustração dos profissionais quando estão frente a um “hiperutilizador”:

Algumas características dos “hiperutilizadores”, segundo a literatura, são:

- Gênero feminino.
- Idade, especialmente com mais de 65 anos.
- Estado civil: divorciados e viúvos.
- Disfunção conjugal (crise e insatisfação conjugal).
- Baixo suporte social.
- Doenças físicas.
- Doenças psiquiátricas e somatização.
- Má-percepção de seu estado de saúde.
- Fatores sociais: desemprego, isolamento social, aposentadoria.
- Problemas familiares - alguns fatores possuem expressivo efeito no adoecimento familiar: famílias em que um ou mais membros sofrem de depressão, alcoolismo, esquizofrenia, estados ansiosos, além de desajuste matrimonial e marido com dependência econômica da esposa, entre outros.
- Procura frequente por unidades de saúde em decorrência de acontecimentos vitais estressantes, crises e disfunções familiares.

Sugestões para o manejo dos pacientes “hiperutilizadores”

- Agendar consultas priorizando os casos mais complicados.
- Promover abordagem biopsicossocial – discussão sobre os problemas emocionais do paciente e sua relação com o problema descrito: tentar compreender as necessidades da pessoa numa perspectiva mais integral, a partir da escuta qualificada: voltada para as necessidades do paciente, acolhendo suas queixas, sem

censurá-lo; evitar expressões como: “você não tem nada...” ou “seu problema é psicológico” e procurar tranquilizá-lo, falando-lhe sobre a benignidade do problema.

- Considerar a coleta de informações como o centro do processo: a entrevista centrada no paciente deve ser a estratégia utilizada durante as consultas, abordando a experiência do paciente no contexto de seu adoecimento - história clínica, social, psicológica, familiar, cultural.
- Manter registros/prontuários de boa qualidade, o que tem sido associado ao conveniente cuidado, pois, se não for possível recorrer aos registros sobre quais problemas tem o paciente, será muito difícil sua abordagem satisfatória.
- Verificar junto aos pacientes se as atividades desenvolvidas naquele serviço de saúde correspondem às suas expectativas.
- Apoiar os profissionais, para a assistência a esses pacientes: educação permanente, apoio psicológico, técnicas em grupo, etc..
- Discutir os casos mais complicados com a equipe de Saúde Mental de referência.
- Procurar avaliar quadros de depressão e ansiedade e tratá-los adequadamente e, se necessário, encaminhar ao especialista para avaliação.
- Identificar e acionar mecanismos de suporte social.
- Incentivar o autocuidado e a autonomia.
- Fazer abordagem familiar: é importante ressaltar que a doença pode ter uma função na família.

Frequentadores assíduos das unidades de saúde, os pacientes “hiperutilizadores” provocam na equipe de saúde a sensação de manejo inadequado do caso: mesmo com o uso da medicação adequada, o curso da doença não melhora. Em alguns casos, é possível identificar que os adoecimentos surgem nos momentos de crise, desviando a atenção da situação-problema para uma condição aguda e permitindo que a tensão diminua, pois a família acaba por focar suas atenções no membro doente. Nestes casos, a investigação de um estressor familiar esclarece a gênese do problema e permite a abordagem adequada. Para muitos pacientes a doença é a única forma que conhecem de lidar com situações-problemas. Os profissionais de saúde devem entender a função do sintoma e como a família se organiza em função do doente. É necessário identificar se há fatores familiares que atuam como desencadeantes ou agravantes de

crises e discuti-los abertamente com toda a família, lembrando sempre que os outros membros podem ser atingidos pela condição.

Apresentação do caso à equipe...

Pedro Henrique registra sua impressão sobre a “hiperutilização” de Edilene no prontuário para abordagem em momento propício. Durante reunião de equipe, comenta o caso com a Dra. Renata, a auxiliar de enfermagem Joana e os agentes comunitários de saúde.

Após uma semana...

Na consulta médica, a Dra. Renata avalia Edilene e lhe presta esclarecimentos sobre a cirurgia para a retirada do útero. Pergunta sobre suas expectativas e temores em relação à histerectomia e esclarece suas dúvidas. Durante a anamnese, a Dra. Renata observa que a preocupação maior de Edilene é um problema antigo que, segundo a mesma, vem desestruturando sua vida conjugal: uma hérnia incisional. Relata que a hérnia está presente há 10 anos e que já foi avaliada por outros médicos que consideraram “bobagem” operar uma hérnia “tão sem importância”. Durante a anamnese, a Dra. Renata faz a abordagem centrada na paciente e valoriza seus sentimentos e necessidades.

Trecho da entrevista centrada na paciente (Edilene e a médica)

Médica: O que você tem é uma hérnia incisional. Foi ocasionada pelos vários cortes realizados no mesmo local, durante as cesarianas. Você tem desejo de operar a hérnia?

Paciente: Sim, doutora, mas essa cirurgia sendo realizada junto da retirada do útero tem risco de morte?

Médica: Qualquer cirurgia tem risco de complicações, mas na maior parte dos casos esse procedimento é bem-sucedido. No seu caso você tem hipertensão controlada e, apesar de fumar, não tem problema grave de saúde. Você se sente incomodada com essa hérnia?

Paciente: Sim. Tenho vergonha em tirar a roupa perto do Tião, meu marido, pois minha barriga está muito feia. Então fico dando desculpas para não ter relações sexuais. Meu marido diz que não tem problema,

que não liga para isso, mas homem repara sim... Então, estamos tendo problemas no casamento, pois ele diz que eu devo ter outro homem, pois eu o estou evitando. Já faz seis meses que eu não tenho relações sexuais com ele. Além disso, fico menstruada mais tempo por causa dos miomas.

Médica: Algo mais atrapalha seu relacionamento com seu marido?

Paciente: O Tião bebe um pouco... A senhora sabe... Fica no bar até tarde, mas é trabalhador, não deixa faltar as coisas em casa e nunca bateu em mim ou coisa assim. Como estou sem ter relações com ele, parece que ele fica mais fora de casa, no bar, bebendo mais. Ele está muito aborrecido comigo.

Médica: Você acha que, se esse problema da hérnia for resolvido, as coisas podem melhorar? Antes da hérnia o relacionamento era bom?

Paciente: Ah, sim. Eu gosto muito dele, pois ele foi muito bom pra mim desde que nos conhecemos. Minha família era muito pobre, meu pai bebia muito e maltratava a gente e quando me casei o Tião me tirou daquele inferno. Ele sempre foi atencioso e carinhoso comigo. Não vejo a hora de voltarmos ao normal. Afinal, mulher também sente falta, não é?

Médica: Claro. O bom relacionamento entre o casal é fundamental para a saúde emocional de ambos... Você tem se sentido muito preocupada com sua saúde?

Paciente: Sim. Eu fico com medo de morrer. Nem sempre foi assim. Há alguns anos eu venho me sentindo meio insegura. Quando estou doente, o Tião fica preocupado comigo também.

Médica: Entendi. Após sua cirurgia vamos conversar mais sobre sua história e sua família. Quem sabe, após esta cirurgia, o relacionamento de vocês volte ao que era antes e você consiga recuperar sua autoestima e ficar mais segura?

Paciente: Estou esperando muito por isso.

Médica (Após o exame físico de Edilene): Bom, aqui estão seus pedidos de exames. Os últimos exames que você realizou foram feitos há três anos. Quando os resultados estiverem prontos, traga-os para mim e eu a encaminharei para a cirurgia. Na próxima consulta lhe explicarei os detalhes do procedimento cirúrgico. Qualquer dúvida, fale comigo, combinado?

Paciente: Muito obrigada, Dra. Renata. Assim que tudo estiver pronto, volto com os exames.

Médica: Até logo, Edilene... Tenha uma boa semana.

Exame físico de Edilene

Peso: 60 kg; altura: 1,55 cm; IMC: 24,9 kg/m²; cintura = 72 cm.

Bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica.

Pescoço: linfonodo palpável em região cervical anterior, móvel, fibrelástico, < 0,5 cm, indolor (a paciente não notara a alteração).

ACV: bulhas normorrítmicas, normofonéticas em dois tempos. Pulsos rítmicos, simétricos, cheios.

PA: 125x80 mmHg (em uso de captopril, 25 mg, e hidroclorotiazida, 25 mg), FC: 68 bpm.

AR: sons respiratórios normais, eupneica, FR: 14 irpm.

Abdome: grande hérnia incisional, com quase 8 cm de abertura, na linha medial, infraumbilical, em cicatriz de cesárea. Útero palpável a 10 cm da sínfise púbica; peristaltismo fisiológico.

ALM e SN: sem anormalidades aparentes.

Para refletir...

A indicação de exames complementares deve ser feita com racionalidade e responsabilidade (“o que este exame acrescentará ao desfecho do caso em questão?” “O exame alterará minha conduta?”), lembrando que eles não estão isentos de riscos. O exagero no número e na indicação de exames pode ocasionar: aumento dos custos e sobrecarga para o serviço de saúde; ansiedade para o usuário; desvalorização do exame clínico (substituição da anamnese e do exame físico pela realização de exames complementares); atrasos no diagnóstico; diagnóstico equivocado e prejuízos à saúde do usuário (iatrogenia).

A médica lê no prontuário que Edilene teve infecção viral há uma semana, o que pode justificar a linfadenomegalia encontrada. No momento, está assintomática. Essa alteração observada ao exame físico (linfadenomegalia cervical) corresponde a um achado casual, ou seja, a profissional encontra um episódio que, neste caso, não se correlaciona com sintoma algum e que não interferirá na conduta em relação ao objetivo proposto para esse paciente: avaliação de risco cirúrgico. A médica decide aguardar a próxima consulta para o acompanhamento desse achado.

A Dra. Renata, frente ao constatado, se permite uma atitude conservadora, baseada no acompanhamento da evolução do quadro clínico, sem, no entanto, agir com displicência. Isso traz benefícios para a paciente, a profissional e o serviço de saúde. Essa estratégia usada pela médica é conhecida como demora permitida. Evita-se, assim, a medicalização de sintomas que acabarão por culminar em remissão espontânea e a solicitação de exames complementares desnecessários, permitindo ao profissional a adoção de condutas coerentes. É importante que o profissional, no caso a médica, esteja convencido de não se encontrar ante uma urgência e que tenha ideia formada sobre o tempo que lhe é permitido esperar sem risco para o paciente. Nestes casos, é fundamental assegurar-lhe, em caso de necessidade, fácil acesso ao atendimento na Unidade.

A médica solicita os exames de risco cirúrgico direcionados pela história clínica, exame físico e pelo porte do procedimento cirúrgico. Agenda o retorno de Edilene para duas semanas, com os resultados de exames.

Após duas semanas...

Edilene retorna assintomática e seu exame físico inalterado desde a última consulta, há duas semanas, exceto pelo desaparecimento do linfonodo cervical. A Dra. Renata avalia os exames pré-operatórios, reconhecendo-os sem alterações.

A médica fornece relatório detalhado contendo a avaliação pré-operatória, liberando Edilene para a cirurgia, e a orienta a cessar o tabagismo quatro a oito semanas antes do procedimento cirúrgico e a manter o uso regular das medicações.

A avaliação pré-operatória na Atenção Primária à Saúde

1. Avaliação clínica

A avaliação pré-operatória inicia-se a partir de informações fornecidas pela equipe cirúrgica sobre o procedimento (tipo de cirurgia e de anestesia, possíveis alternativas menos invasivas, etc.).

Deverão ser registrados dados da anamnese e o exame físico deve ser realizado de forma objetiva, buscando fatores diretamente relacionados ao procedimento cirúrgico proposto. A partir dessas informações, pode-se estimar a capacidade funcional do paciente; obter informações sobre doenças ocultas; identificar práticas que necessitam de interrupção (ex. tabagismo); definir medicações que devem ser suspensas, mantidas ou iniciadas até a cirurgia, no pré e/ou no pós-operatório.

A anamnese e o exame físico bem-feitos são a melhor forma de se fazer o rastreamento (screening) de doenças. O diagnóstico clínico – e não os exames laboratoriais – é a base para a mudança dos planos operatórios.

2. Exames complementares

O exame complementar não substitui o exame clínico apropriado do paciente e não supre a deficiência técnica do profissional. O processo de elaboração do diagnóstico exige um corpo de conhecimentos no tocante à solicitação dos exames e no momento da interpretação dos resultados. Sem esse embasamento o profissional certamente não terá feito uma boa avaliação clínica e, provavelmente, estará solicitando exames desnecessários ou se esquecendo de pedir outros importantes para

aquele paciente. Os exames laboratoriais são importantes para garantir que a condição pré-operatória seja satisfatória, quando se suspeita ou se diagnostica uma doença durante a avaliação clínica ou quando se deseja avaliar o grau de comprometimento funcional de um órgão ou de um sistema comprometido por uma condição mórbida.

Portanto, a solicitação de exames laboratoriais de “rotina” não deve ser estimulada, mas sim baseada em cada caso. Deve-se respeitar a rotina estabelecida em cada instituição, que deverá ser amplamente discutida e analisada. O único consenso que existe em relação a exames pré-operatórios é que nenhum deve ser pedido de rotina, isto é, não há evidência clínica para a padronização de exames para todo e qualquer paciente.

Após dois meses...

Pedro Henrique e a agente comunitária Mariana fazem uma visita domiciliar a Edilene, em pós-operatório. Pedro Henrique avalia o seu estado e a cicatriz cirúrgica. Edilene está se sentindo bem. Agenda a retirada de pontos conforme orientação do cirurgião. O enfermeiro conheceu o marido e os filhos de Edilene e pôde conhecer um pouco da dinâmica das relações familiares. O filho mais velho disse para Pedro Henrique que a mãe é muito “queixosa” e que, em sua opinião, ela frequenta muito a unidade de saúde, principalmente quando briga com seu pai. Diz: “aí começa a sentir uma coisinha aqui e outra ali e logo dá um jeitinho de ir à unidade de saúde para conversar com alguém e desabafar”. Pedro Henrique registrou no prontuário essa observação.

Edilene conversa com o enfermeiro Pedro Henrique. Diz estar se sentindo muito bem, mas desejaria ter uma ocupação, pois está muito só em casa, já que sua família fica fora de casa o dia todo. Ele a encaminha para a “Casa da Família”, onde Edilene terá oportunidades de aprender trabalhos manuais, costura, artesanato e fazer parte do grupo de mulheres da comunidade, buscando estímulos à sua autonomia.

Após três meses...

A Dra. Renata, ao atender o grupo de hipertensos, sempre faz revisão dos prontuários para planejamento do cuidado de cada paciente.

Edilene é hipertensa e faz uso regular de medicação anti-hipertensiva (captopril, 25 mg de 12/12 horas, e hidroclorotiazida, 25 mg pela manhã).

Quando iniciou o tratamento sua pressão arterial estava em 160X100 mmHg. Seu último exame citopatológico do colo uterino foi há cinco anos, vacinação antitetânica há 20 anos e antiamebílica há cinco anos (20/03/1995). É G3P3A, sendo que os três partos foram cesáreos a termo - G (gravidez), P (parto), A (aborto) -. Foi submetida à salpingotripsia há 17 anos. Exame clínico das mamas há três meses. Nega etilismo ou uso de drogas. Tabagista e sedentária. Histórico familiar: pai alcoolista. Sem história familiar de doença cardiovascular.

Por falar em tabagismo...

Edilene é tabagista (15 cigarros/dia) há 22 anos, portanto, 16,5 unidades de maço ano (UMA). Diz que fuma pouco e não é dependente do cigarro e pode parar de fumar a hora em que desejar, apesar do momento atual não ser ideal, pois o cigarro é uma forma de aliviar a ansiedade. Apesar de receber orientações por parte da Dra. Renata sobre os malefícios do cigarro e benefícios com o controle do tabagismo, reluta em abandonar o cigarro.

Todas as pessoas que chegam aos serviços de saúde devem ser investigadas quanto ao hábito de fumar. O aconselhamento para controle do tabagismo é muito mais do que falar que a pessoa deve abandonar o hábito de fumar em virtude dos malefícios do cigarro. É fundamental que o profissional conheça todas as etapas do processo de controle do tabagismo, pois as mesmas trazem implicações terapêuticas claras. Por exemplo, não há sentido no oferecimento de medicamentos para pessoas em fase pré-contemplativa. Nessa fase, são mais importantes as ações educativas, informando sobre os riscos do tabagismo, os benefícios do controle e a possibilidade de sucesso sem sofrimento intenso.

Leitura obrigatória

Para a análise do caso de Edilene, é essencial que você leia a parte 5 (Controle do tabagismo), a parte 7 (Hipertensão arterial sistêmica) e a parte 8 (Avaliação do risco cardiovascular) da seção 7, revendo os principais aspectos conceituais e operacionais dessas duas situações. Para mais informações sobre mudanças comportamentais, leia também: **Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento: a Entrevista Motivacional** (DIAS; PEREIRA, 2009).

Para saber mais...

Veja no glossário: UMA e a fórmula de cálculo.

Veja os exames laboratoriais de Edilene:

Exame	Resultado	Valores de referência
Glicemia	87 mg/dL	< 100 mg/dL
Colesterol total (CT)	160 mg/dL	Ótimo: < 200; limítrofe: 200 a 239; alto: ≥ 240 mg/dL
Colesterol HDL (high-density lipoprotein)	50 mg/dL	Ótimo: > 40/50 ou 60, conforme risco
Colesterol LDL (low-density lipoprotein)	90 mg/dL	Ótimo: < 100; desejável: entre 100 e 139; alto: ≥ 140 mg/dL
Triglicérides (TG)	100 mg/dL	< 150 mg/dL
Hematócrito	38%	36 a 42%
Potássio sérico (K)	4,0 mEq/L	3,5 a 5,2 mEq/L
Creatinina	0,8 mg/dL	0,6 a 1,3 mg/dL
Ácido úrico	5,5 mg/dL	Mulheres: 2,4 - 6,0 mg/dL; Homens: 3,4 - 7,0 mg/dL
Urina rotina	Sem alterações	Normal
ECG	Sem alterações	Registro dentro dos padrões esperados

Calculando o risco de Edilene

De acordo com o Quadro 17 da parte 8 da seção 7:

- Indicadores de risco cardiovascular de Edilene: hipertensão, tabagismo.
- Algum critério para fator de risco cardiovascular ou fatores agravantes de risco? Não.

Cálculo do risco: escore de Framingham para mulheres (Figura 5, seção 7, parte 8)

- Idade (42 anos): pontuação: zero
- É diabética: não, pontuação: zero
- É tabagista: sim, pontuação: dois
- Valor colesterol LDL: 90 mg/dL, pontuação: -2
- Valor colesterol HDL: 50 mg/dL, pontuação: zero
- Valor da PA: 125X80 mmHg, pontuação: zero
- Resultado: total zero ponto, risco cardiovascular em 10 anos: 2%, baixo risco.

Atividade 4

Roteiro de entrevista para portador de hipertensão arterial sistêmica

Elabore um roteiro de entrevista para portador de hipertensão arterial sistêmica, contemplando as maiores dificuldades encontradas para o controle da pressão arterial, os limites impostos pela hipertensão em suas vidas, sintomas apresentados e o conhecimento sobre a doença, sua gravidade e complicações.

Entreviste cinco adultos hipertensos, transcreva os pontos principais encontrados em cada depoimento, analise-os e elabore estratégias para atendimento e monitoramento desses pacientes.

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



Atividade 5

Da reflexão à ação...

Analise o caso de um “hiperfrequentador” da UBS. Qual a razão de tantas idas e vindas à UBS? Que problemas podem estar envolvidos na “hiperutilização” do serviço de saúde?

Discuta com sua equipe algumas estratégias que devem ser utilizadas para o atendimento do “hiperfrequentadores” e “hiperutilizadores” do serviço de saúde que atendam satisfatoriamente às suas necessidades.

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.



